

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРОВЕДЕНИИ НЕЗАВИСИМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Если вы хотите разрешить другому лицу помогать Вам с подачей заявки на IMR, Вы должны также заполнить Форму утверждения помощника пациента.

Сведения о пациенте

Имя _____ Инициал среднего имени _____ Фамилия _____

Имя родителя или опекуна, если жалоба подается от имени несовершеннолетнего _____

Адрес _____

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Контактный телефон в дневное время: _____ Контактный телефон в вечернее время: _____

Название плана медицинского обслуживания: _____

Индивидуальный номер медицинской страховки* _____

Дата рождения пациента (мм/дд/гггг) _____ Пол мужской женский

Вы получаете помощь по программе Medi-Cal? Да Нет

Вы получаете помощь по программе Medicare или Medicare Advantage? Да Нет

Вы подавали жалобу в организацию, предоставляющую Вам план медицинского обслуживания (т.е. пытались обжаловать ее решение)? Да Нет

Вы обращаетесь по поводу оплаты уже полученных медицинских услуг? Да Нет

Ваша проблема со здоровьем

(при необходимости опишите ее на отдельном листке и приложите другие документы)

1 Опишите Вашу проблему со здоровьем или укажите врачебный диагноз. _____

2 Какой метод лечения или медицинскую услугу Вы запросили? _____

3 Какое решение Вас бы устроило? _____

4 Ваше заболевание представляет серьезную угрозу Вашему здоровью? Да Нет

Если «да», то поясните. _____

5 Организация, предоставляющая Вам план медицинского обслуживания, ответила, что метод лечения, который Вы запросили

- не требуется Вам с точки зрения медицинских показаний
- экспериментальный или проходящий клинические исследования
- другое (поясните) _____

6 Укажите имена и телефонные номера врача первичной помощи и других врачей, которые Вас обследовали, лечили и консультировали по поводу вашего заболевания. Они входят в Ваш план медицинского обслуживания? (при необходимости возьмите дополнительный лист)

7 Я прошу о проведении независимой медицинской экспертизы (IMR) для принятия решения по поводу моего вопроса, касающегося плана медицинского обслуживания. Если мне будет отказано в проведении IMR, прошу рассмотреть его как обычную жалобу. Я разрешаю врачам, которые оказывали мне помочь раньше и которые оказывают мне помочь в настоящее время, и сотрудникам организации, предоставляющей мне план медицинского обслуживания, предоставить мои медицинские документы и прочую информацию для рассмотрения моего случая. К этим документам могут относиться медицинская карта, записи о лечении психического заболевания, карта наркологического больного, документы о лечении ВИЧ-инфекции и результаты тестирования на ВИЧ, результаты обследований методами лучевой диагностики и другие записи, относящиеся к моему заболеванию. Также могут быть запрошены документы немедицинского характера и другая информация, относящаяся к рассматриваемому случаю. Я разрешаю Управлению регулируемого медицинского обслуживания (DMHC) и лицам, проводящим IMR, просматривать эти документы и запрашивать необходимую информацию. Мое разрешение действительно в течение года, начиная от указанной ниже даты, за предусмотренными законом исключениями. Например, закон позволяет DMHC продолжать использовать мою информацию для внутренних целей. Я вправе отменить свое разрешение в любое время. Вся информация, указанная в этом бланке, верна.

Подпись пациента или родителя _____ Дата _____

Отошлите эту форму и все прилагающиеся документы по почте или факсом: Help Center, Department of Managed Health Care, IMR Unit, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814; Факс: 916-255-5241

Инструкция по подаче заявки о проведении IMR

Если организация, предоставляющая Вам план медицинского обслуживания, отказывается удовлетворить Вашу заявку на какую-либо медицинскую услугу или лечение, Вы можете подать жалобу на эту организацию (для обжалования ее решения). Если Вы не согласны с решением организации, предоставляющей Вам план медицинского обслуживания, Вы можете обратиться в Центр помощи пациентам при Управлении регулируемого медицинского обслуживания для проведения независимой медицинской экспертизы (IMR). IMR — это экспертиза Вашего случая врачами, не работающими в организации, предоставляющей Вам план медицинского обслуживания. Если по результатам IMR будет установлена Ваша правота, то организация, предоставляющая Вам план медицинского обслуживания, будет обязана предоставить Вам запрошенную медицинскую услугу или лечение. Для пациентов IMR проводится бесплатно.

Вы имеете право подать заявку на проведение IMR, если организация, предоставляющая Вам план медицинского обслуживания:

- отказалась в предоставлении, изменяет или отсрочивает проведение медицинской услуги или лечения, считая их необоснованными с медицинской точки зрения;
- отказалась оплачивать экспериментальные или находящиеся на стадии клинических исследований методы лечения тяжелого заболевания;
- не оплатила услуги скорой или неотложной помощи, которые Вы уже получили.

До подачи заявки

В большинстве случаев подавать заявку на проведение IMR можно только после завершения процесса рассмотрения жалобы, поданной в организацию, предоставляющую Вам план медицинского обслуживания. Организация, предоставляющая Вам план медицинского обслуживания, должна сообщить Вам свое решение по поводу Вашей жалобы в течение 30 дней, а в случае наличия непосредственной серьезной угрозы Вашему состоянию здоровья — в течение 3 дней.

Если организация, предоставляющая Вам план медицинского обслуживания, отказалась Вам в оплате конкретного метода лечения по причине того, что этот метод экспериментальный или находится на стадии клинических исследований, Вам следует сразу подать заявку на проведение IMR. В этом случае жалобу в организацию, предоставляющую Вам план медицинского обслуживания, подавать не нужно.

Вы должны подать заявку на проведение IMR в течение шести месяцев после получения письменного ответа на жалобу, поданную в организацию, предоставляющую Вам план медицинского обслуживания. Мы можем принять вашу заявку после истечения шести месяцев, если будут установлены объективные причины такой задержки.

Если вы примете решение отказаться от проведения IMR, Вы можете лишиться Вашего законного права добиться оплаты запрашиваемой Вами медицинской услуги (метода лечения) в судебном порядке.

Как подать заявку

Заполните форму заявки на проведение IMR (IMR Application Form). Заполните форму утверждения помощника пациента, если в процессе подачи заявки на IMR Вам будет кто-то помогать. Если у Вас есть медицинские документы относительно Вашего заболевания, выданные *медицинскими специалистами, которые не входят в Ваш план медицинского обслуживания*, приложите их к Вашей заявке. Медицинские документы от специалистов, входящих в Ваш план медицинского обслуживания, будут получены через организацию, его предоставляющую.

Приложите копии писем и других документов, касающихся медицинской услуги или метода лечения, в которых Вам было отказано. Это ускорит процесс проведения IMR. Присылайте копии документов, а не оригиналы. У Центра помощи пациентам нет возможности возвращать документы.

Если у Вас есть вопросы относительно заполнения формы заявки на проведение IMR, позвоните в Центр помощи пациентам по телефону 1-888-466-2219 или воспользуйтесь телефонной линией для слабослышащих (TDD): 1-877-688-9891. Звонки бесплатные.

Отошлите эту форму и все прилагающиеся документы по почте или факсом:

Факс: 916-255-5241

**Help Center
Department of Managed Health Care
980 9th Street Suite 500
Sacramento CA 95814-2725**

Что произойдет, если будет назначена IMR?

Центр помощи пациентам рассмотрит Вашу заявку и в течение 7 дней пришлет Вам письмо, в котором будет указано, что имеете ли Вы право на проведение IMR. Когда будет получена вся необходимая информация, включая все относящиеся к делу медицинские документы, ваша заявка на проведение IMR будет передана в экспертную организацию, которая вынесет решение в течение 30 дней или, в неотложном случае, в течение 3–7 дней. Вы будете уведомлены о решении, вынесенном медицинскими специалистами, рассмотревшими Ваш случай. Если по результатам IMR будет установлена Ваша правота, то организация, предоставляющая Вам план медицинского обслуживания, будет обязана предоставить Вам запрошенную медицинскую услугу или лечение.

Что произойдет, если IMR назначена не будет?

Ваш вопрос будет рассмотрен Управлением в ходе стандартной процедуры рассмотрения жалоб. Вы получите письменное уведомление о принятом решении в течение 30 дней.

Это уведомление предписано законом

- Закон Нокса-Кина (Knox-Keene Act) штата Калифорния предоставляет Управлению регулируемого медицинского обслуживания (DMHC) право регулировать работу организаций, предоставляющих медицинские планы, и рассматривать жалобы лиц, пользующихся этими планами.
- Центр помощи пациентам при DMHC использует Ваши личные данные для рассмотрения Вашей проблемы, касающейся плана медицинского обслуживания, и для проведения независимой медицинской экспертизы, если она необходима.
- Вы предоставляете эти данные в DMHC добровольно. Вы не обязаны предоставлять их.
- Однако без этих данных рассмотрение Вашей жалобы или проведение независимой медицинской экспертизы невозможно.
- При необходимости Ваши личные данные будут предоставлены организации, предоставляющей Вам план медицинского обслуживания, и врачам, проводящим независимую медицинскую экспертизу.
- Если это требуется по закону или разрешено законом, данные о Вас могут быть предоставлены другим государственным организациям.
- У Вас есть право просматривать Ваши персональные данные. Для этого обратитесь к Координатору запросов о просмотре личных документов DMHC (DMHC Records Request Coordinator), DMHC, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, 916-322-6727.
- Добавление этого уведомления предписано Федеральным законом о защите персональных данных 1977 года (Гражданский кодекс Калифорнии, Раздел 1798.17).

ФОРМА УТВЕРЖДЕНИЯ ПОМОЩНИКА ПАЦИЕНТА

- Если Вы хотите наделить другое лицо правом помогать Вам при подаче заявления о проведении независимой медицинской экспертизы (IMR) или в процессе подачи жалобы, заполните разделы "A" и "B" этой формы.
- Если Вы являетесь родителем или официальным опекуном, подающим заявление о проведении IMR или жалобу от лица ребенка младше 18 лет, Вам не нужно заполнять эту форму.
- Если Вы подаете заявление о проведении IMR или жалобу от имени пациента, который не может заполнить эти документы самостоятельно по причине недееспособности или неправоспособности, и у Вас есть официальное право действовать от имени этого пациента, заполните только раздел "B". Также приложите копию доверенности, разрешающей вам принимать решения относительно медицинской помощи, оказываемой пациенту, или другие документы, свидетельствующие о том, что Вы наделены правом принимать решения за пациента.

Раздел А: Пациент

Я разрешаю лицу, указанному ниже в разделе "B", помогать мне при подаче заявления о проведении IMR или при подаче жалобы в Управление регулируемого медицинского обслуживания (DMHC). Я разрешаю специалистам DMHC и IMR предоставлять информацию о моем состоянии здоровья (диагнозах) и оказанных мне медицинских услугах лицу, указанному ниже. Эта информация может включать сведения о лечении психических расстройств, о лечении HIV-инфекции или о результатах тестирования на HIV, о лечении от алкоголизма или наркомании, а также другие сведения медицинского характера.

Я понимаю, что этому лицу будет сообщена только информация, относящаяся к IMR или к поданной жалобе.

Мое разрешение на оказание такой помощи является добровольным и я вправе отменить его в любой момент. Если я захочу отменить это разрешение, я должен сделать это письменно.

Подпись пациента _____ Дата _____

Раздел В: Помощник пациента

Фамилия, имя помощника пациента (печатными буквами) _____

Подпись помощника пациента _____

Адрес _____

Кем приходится пациенту _____

Контактный телефон в дневное время: _____

Контактный телефон в вечернее время: _____

Прилагаю копию доверенности, разрешающей мне принимать решения относительно медицинской помощи, оказываемой пациенту, или другой документ, свидетельствующий о моем праве принимать решения за пациента.